

CANCER DE L'ŒSOPHAGE

A/ Épidémiologie

1. Incidence

- Le cancer de l'œsophage est le 3e cancer digestif (après colo-rectal et gastrique). Sa fréquence est en augmentation.
- Ce cancer est très inégalement réparti dans le monde. Une vaste région, de la Chine à la mer Caspienne, a une très forte incidence (130 cas pour 100 000 habitants). En France, la Normandie et la Bretagne ont une incidence élevée (30 à 40 cas pour 100 000 habitants). Dans le reste du monde, l'incidence est plus faible (4 à 10 cas pour 100 000 habitants). Dans l'ensemble, les populations d'origine rurale semblent plus touchées que les populations citadines.
- Les habitudes alimentaires et l'hygiène de vie semblent jouer un rôle dans cette répartition.
- Sa fréquence augmente avec l'âge ; il survient surtout après 45 ans.

2. Sex-ratio

Il existe une nette prédominance masculine (sex-ratio = 12).

B/ Anatomopathologie

1. Histologie

- Les cancers épidermoïdes représentent environ 70 % des cancers œsophagiens. Ils siègent dans la majorité des cas au niveau des tiers moyen et inférieur de l'œsophage.
- Les adénocarcinomes représentent au moins 10 % des cas. Ils se développent pour moitié sur endobrachyoesophage. Leur fréquence est en nette augmentation dans les pays industrialisés.
- Leur localisation préférentielle est le tiers inférieur de l'œsophage.

2. Extension tumorale

a) Extension locale

– L'extension tumorale locale se fait non seulement en profondeur dans la paroi œsophagienne, qui ne comporte pas de séreuse à l'étage thoracique, mais aussi en **hauteur** par la formation de résurgences sous-muqueuses à distance de la tumeur primitive.

– Cette possible extension en hauteur impose une exérèse chirurgicale large (au moins à 8 cm de la tumeur) en cas de traitement carcinologique.

b) Extension régionale

– L'envahissement ganglionnaire concerne les ganglions juxta-œsophagiens, les ganglions inter-trachéobronchiques, les ganglions cœliaques et les ganglions sus-claviculaires.

– La tumeur peut aussi s'étendre aux organes de voisinage :

* aorte (un contact avec la tumeur correspondant à plus du tiers de la circonférence aortique ou la perte du liseré hypodense entre l'aorte et la tumeur sont des signes scannographiques en faveur de l'envahissement) ;
* arbre trachéo-bronchique ;
* péricarde ;
* plèvre, poumons.

c) Extension générale

– Le cancer de l'œsophage peut donner des métastases hépatiques, pulmonaires, osseuses et parfois péritonéales (carcinose).

C/ Étiologie

1. Cancer épidermoïde

a) Alcool et tabac

– L'alcool et le tabac sont des facteurs étiologiques majeurs du cancer de l'œsophage.

– Une consommation de 200 g d'alcool par jour multiplie le risque de survenue d'un cancer de l'œsophage par quatre, une consommation de vingt-cinq cigarettes par jour le multiplie par six. Les effets de ces deux facteurs sont synergiques.

– L'intoxication alcoolo-tabagique est responsable de 90 % des cancers épidermoïdes de l'œsophage en France. Cette double intoxication retentit sur l'état des malades (cirrhose, insuffisance respiratoire) et favorise la survenue d'autres cancers, ORL notamment, qui sont souvent présents et à rechercher au diagnostic.

b) Autres facteurs

– De nombreux autres facteurs, dont le rôle reste diversement démontré, sont impliqués dans la survenue d'un cancer de l'œsophage :

- facteurs alimentaires :
  * boissons chaudes,
  * carence en vitamines A, E, C,
  * carence en protéines animales,
  * régimes pauvres en fruits et légumes,
  * consommation d'opium,
  * taux excessif de nitrates dans l'alimentation ;
- rôle des papillomavirus (HPV).

c) Situations cliniques favorisantes

– L'incidence du cancer de l'œsophage est augmentée par la présence de ces pathologies :

* cancer de la sphère ORL :
un cancer ORL synchrone ou métachrone est présent dans 10 à 15 % des cas ;
* achalasie (méga-œsophage idiopathique) :
.le cancer de l'œsophage survient après vingt ans d'évolution de la maladie,
.le diagnostic est difficile chez un malade dysphagique depuis de nombreuses années,
.cependant, le risque de cancer dans l'achalasie est trop faible pour justifier une surveillance systématique ;
* lésions caustiques œsophagiennes :
.certaines de ces lésions peuvent dégénérer après vingt à trente ans d'évolution, surtout si elles ont fait l'objet de dilatations répétées ;
* diverticules œsophagiens (Zenker) : le cancer se développe au niveau du collet du diverticule (très rare) ;
* dysplasie sidéropénique (syndrome de Plummer-Vinson ou de Kelly-Paterson) :
.syndrome fréquent chez les femmes scandinaves (Finlande ++), associé dans 10 % des cas à un cancer de l'œsophage.

2. Adénocarcinome

a) Adénocarcinome sur endobrachyoesophage (EBO)

– Définition :

* l'EBO, ou œsophage de Barrett, est une métaplasie glandulaire gastrique et/ou intestinale circulaire du tiers inférieur de l'œsophage d'au moins 2 cm de hauteur ;
* l'EBO est un processus de cicatrisation de l'œsophagite peptique survenant dans 10 % des cas environ.

– Dégénérescence :

* le risque de dégénérescence d'un EBO est élevé : estimé à 10 % ;
* la dégénérescence est précédée par l'apparition d'un état de dysplasie sévère. Il existe une filiation endobrachyoesophage/dysplasie sévère/cancer in situ/cancer invasif ;

Objectifs :

– Diagnostiquer une tumeur de l'œsophage.

La plus fréquente des tumeurs œsophagiennes est le cancer de l'œsophage.

- ✓ Les tumeurs bénignes de l'œsophage représentent moins de 10 % des tumeurs œsophagiennes.
- ✓ Le maître symptôme des tumeurs de l'œsophage est la dysphagie.
- ✓ Une fibroscopie oeso-gastro-duodénale doit être réalisée devant toute dysphagie.

DIAGNOSTIC D'UNE TUMEUR OESOPHAGIENNE

A/ Circonstances de découverte

1. Tumeurs symptomatiques

a) Symptômes œsophagiens

– La dysphagie est le maître symptôme des tumeurs œsophagiennes. Classiquement, elle s'aggrave progressivement en concernant d'abord les solides, puis les liquides (progression tumorale). La forme la plus évoluée est l'aphagie.

– Les autres symptômes œsophagiens, tels que le pyrosis, les régurgitations, peuvent révéler une tumeur œsophagienne. Il faut y penser si ces symptômes sont atypiques ou s'ils surviennent chez une personne de plus de 50 ans.

b) Symptomatologie médiastinale

–Toute tumeur œsophagienne peut se manifester par une compression ou un envahissement d'une structure anatomique médiastinale telle que :

* l'arbre trachéo-bronchique (dyspnée) ;
* le nerf récurrent (dysphonie) ;
* l'aorte thoracique ;
* le péricarde et le cœur ;
* la veine cave inférieure (très rare syndrome cave supérieur).

c) Complications des tumeurs œsophagiennes

– Une hématémèse peut compliquer une tumeur de l'œsophage, mais surtout une tumeur maligne.

– La fistule œsotrachéale est uniquement une complication des tumeurs malignes montrant leur capacité à envahir les organes adjacents.

2. Découverte fortuite (tumeurs asymptomatiques)

Une fibroscopie oeso-gastro-duodénale ou un scanner thoracique peuvent révéler fortuitement une tumeur œsophagienne.

B/ Diagnostic positif de tumeur œsophagienne

- Le principal examen permettant de faire le diagnostic positif de tumeur œsophagienne est la fibroscopie oeso-gastro-duodénale avec réalisation de biopsies. En effet, cet examen permet de voir la lésion endoluminale et de réaliser des biopsies (diagnostic étiologique). Seulement, cet examen a des limites : le fibroscope peut ne pas passer la lésion, et l'exploration des tumeurs sous-muqueuses est médiocre (aspect de compression extrinsèque).

- L'échoendoscopie œsophagienne permet de faire le diagnostic des tumeurs œsophagiennes intra-pariétales. Elle permet aussi d'évaluer l'extension locale de ces tumeurs. Les tumeurs infranchissables posent le même problème qu'en fibroscopie.
- Le scanner thoracique avec injection de produit de contraste (fenêtre médiastinale) permet de diagnostiquer des tumeurs de l'œsophage, qu'elles soient sous-muqueuses ou non. Cet examen visualise des tumeurs d'au moins un centimètre de diamètre.
- Le transit oeso-gastro-duodénal n'a pas d'intérêt particulier par rapport aux examens suscités.

C/ Diagnostic étiologique

- Le diagnostic étiologique peut être présumé sur les caractères morphologiques de la tumeur.
- Seule l'analyse anatomopathologique de la tumeur permet de faire le diagnostic étiologique (biopsies pour les tumeurs muqueuses, ou pièce d'exérèse chirurgicale).
- L'indication d'une exérèse chirurgicale concerne les cancers ou les tumeurs bénignes symptomatiques.

D/ Tumeurs bénignes

- Elles représentent moins de 10 % des tumeurs œsophagiennes.
- La plus fréquente des tumeurs bénignes est le léiomyome.

1. Léiomyome

- Il s'agit d'une tumeur bénigne développée aux dépens des cellules musculaires lisses de la paroi digestive.
- Celui de moins de 5 cm de diamètre est rarement symptomatique.
- Il est le plus souvent localisé au niveau du tiers inférieur de l'œsophage.
- Dans la majorité des cas, il s'agit d'une tumeur bien limitée, intra pariétale et extra muqueuse.
- Son traitement chirurgical est l'énucléation. Dans de rares cas, l'exérèse chirurgicale segmentaire œsophagienne s'impose.

2. Autres tumeurs bénignes

- Le kyste œsophagien est aussi une tumeur bénigne extra muqueuse que l'on peut traiter par énucléation. Son principal symptôme est la compression des organes de voisinage. Il touche volontiers les enfants.
- Les autres tumeurs bénignes possibles sont beaucoup plus rares :
  - polypes muqueux ;
  - chondrome ;
  - fibrolipome ;
  - lipome.
- L'exérèse endoscopique de petites lésions pédiculées est possible en fibroscopie.

E/ Tumeurs malignes

- Les carcinomes épidermoïdes (70 %) et les adénocarcinomes sont les tumeurs les plus fréquentes.
- Les autres tumeurs malignes sont très rares :
  - sarcome ;
  - léiomyosarcome (à différencier du léiomyome par sa tendance à l'envahissement loco-régional et par les lésions muqueuses à type d'ulcérations qu'il induit) ;
  - mélanome ;
  - Carcinome à petites cellules…

* la chirurgie du reflux limite l'extension de l'endobrachyœsophage mais ne le fait pas disparaître;
* le risque de dégénérescence de ces hétérotopies persiste même après traitement chirurgical du reflux.

b) Adénocarcinome primitif

– Plus rare, il survient sur des hétérotopies de muqueuse gastrique présentes sur toute la hauteur de l'œsophage chez 10 % de la population.
– Le risque de dégénérescence est plus faible que dans l'endobrachyœsophage.

D/ Diagnostic

1. Diagnostic de la forme typique

On décrit un carcinome épidermoïde du tiers moyen de l'œsophage.

a) Signes fonctionnels

– Dysphagie :
* c'est le signe révélateur le plus fréquent. Malheureusement, elle est tardive et témoigne d'une tumeur déjà évoluée. Elle s'aggrave progressivement, concerne d'abord les solides, puis les liquides, évoluant vers l'aphagie en l'absence d'une consultation qui est souvent tardive.
– Autres symptômes :
* éructations, hyper sialorrhée, régurgitations ;
* douleurs thoraciques postérieures ;
* hématémèse ;
* asthénie, anorexie, amaigrissement (à chiffrer).
* dysphonie (envahissement du récurrent)
– Le cancer de l'œsophage peut être également découvert fortuitement lors d'une fibroscopie ou par l'intermédiaire d'une métastase.

b) Examen clinique

– Il est normal en dehors d'une éventuelle extension tumorale (ganglion de Troisier, foie nodulaire, dysphonie).

c) Examens complémentaires

– Fibroscopie œsophagienne +++:
* elle évoque le diagnostic en visualisant une sténose irrégulière, une paroi infiltrée, une tumeur ulcérobourgeonnante, une ulcération ;
* la fibroscopie permet les biopsies qui, seules, font le diagnostic ;
* Le siège de la lésion est situé par rapport aux arcades dentaires. Si la lésion est franchissable, la fibroscopie étudie le reste de l'œsophage, l'estomac et le duodénum ;
* on recherchera toujours d'autres localisations tumorales (cancers multiples), éventuellement en s'aidant d'une coloration (bleu de toluidine, lugol).
– Échoendoscopie :
* il s'agit d'un dispositif d'échographie situé à l'extrémité d'un fibroscope. L'échographie permet d'analyser les structures anatomiques entourant l'endoscope ;
* en cas de cancer de l'œsophage débutant, l'échoendoscopie permet de préciser l'extension en profondeur de la lésion et de guider d'éventuelles biopsies ;
* l'échoendoscopie participe également au bilan d'extension en étudiant d'éventuelles atteintes d'organes de voisinage (aorte, arbre trachéo-bronchique), la présence de résurgences sous-muqueuses à distance et la présence d'adénopathies locorégionales.

– Tomodensitométrie thoracique et abdominale sans ou avec injection du produit de contraste:

* le scanner est indispensable au bilan d'extension locorégionale (extirpabilité de la tumeur) et métastatique ;
* c'est également un élément important du bilan préopératoire.
– Transit oeso-gastro-duodenal (TOGD):
* il a perdu de son intérêt diagnostique depuis la fibroscopie, mais il participe au bilan carcinologique.
* il précise :
. Le siège du cancer par rapport à la crosse de l'aorte et la bifurcation trachéale,
. La hauteur tumorale,
. La présence d'une déviation de l'axe œsophagien (signe d'une tumeur évoluée localement) ;
* on ne peut juger en rien de l'extension néoplasique transversale ;
* il ne doit pas être pratiqué en cas de suspicion de fistule oeso-trachéale ;
* la tumeur se caractérise par :
.une sténose irrégulière excentrée avec raccordement à angle aigu et perte du liseré muqueux,
. Ou une lacune irrégulière,
. Ou une simple image d'ulcération,
. Ces images doivent être constantes sur toutes les incidences.

d) Bilan

– Bilan d'extension :
* cliniquement, on recherche des signes d'extension générale :
. Un ganglion de Troisier,
. Une ascite,
. Une hépatomégalie métastatique,
. Un nodule carcinomateux au toucher rectal ;
* évaluation de l'extension locale :
TOGD et fibroscopie définissent le siège et l'extension en hauteur de la tumeur et recherchent d'autres localisations œsophagiennes ;
* recherche d'un envahissement régional :
. envahissement trachéobronchique par une radiographie pulmonaire (atélectasie), l'échoendoscopie, le scanner thoracique et une fibroscopie bronchique avec biopsies de lésions suspectes,
. envahissement du nerf récurrent gauche (qui peut se manifester par une dysphonie) → RE par un examen ORL,
envahissement péricardique par une radiographie pulmonaire (épanchement péricardique), le scanner thoracique,
. envahissement postérieur aortique et pariétal, apprécié par le scanner et l'échoendoscopie;
* Recherche d'un envahissement à distance :
. étude de l'extension lymphatique par le scanner,
. recherche des métastases viscérales par scanner thoraco-abdominal, scintigraphie osseuse et scanner cérébral ne sont réalisés qu'en cas de signe d'appel cliniques.

NB. +++ Le scanner thoracoabdominal est réalisé d'emblée, sensible et spécifique pour la recherche de métastases pulmonaires et viscérales. L'échoendoscopie n'est réalisée qu'en seconde intention, en l'absence de métastase sur le bilan précédent. Elle n'est pas réalisée non plus en cas de tumeur localement évoluée (sténose du tiers supérieur, envahissement trachéal).

– Bilan d'association :
* par endoscopie ORL complète systématique (recherche d'une deuxième localisation).
– Bilan du terrain :
* âge et antécédents ;
* étude de la fonction respiratoire (le patient est volontiers tabagique, et une thoracotomie

est envisagée) : gaz du sang, radiographie du thorax, épreuves fonctionnelles respiratoires (EFR) ;
* étude de la fonction hépatique chez un patient souvent cirrhotique (bilan hépatique, TP) et de la fonction cardiaque (ECG, échographie cardiaque avec évaluation de la FEVG) ;
* Fibroscopie tractéo-bronchique : éliminer une extension muqueuse tractéo bronchique ou une deuxième localisation. Elle est non systématique en cas d'adénocarcinome du tiers inférieur.
* bilan nutritionnel chez un patient anorexique mais surtout dysphagique : poids, protidémie, albuminémie, transferrinémie, NFS, calcémie, constantes nutritionnelles (périmètre brachial, mesure du pli cutané).
– Bilan préopératoire biologique standard.

2. Formes cliniques

a) Formes topographiques

– Le tiers supérieur s'étend de la bouche œsophagienne à la crosse de l'aorte, le tiers moyen de la crosse à la bifurcation trachéale, le tiers inférieur de la bifurcation trachéale au cardia.
– Cette division en trois secteurs a un intérêt pour :
* l'envahissement des organes de voisinage ;
* la tactique opératoire.
– Cancer du tiers supérieur de l'œsophage :
* la dysphagie est haute, avec un risque accru de fausses routes et de complications pulmonaires (pneumopathies).
– Cancer du tiers inférieur de l'œsophage :
* il s'agit le plus fréquemment de la dégénérescence d'un endobrachyoesophage ;
* dans ce cas, c'est un adénocarcinome ;
* un endobrachyoesophage est une métaplasie de la partie distal de l'œsophage après une œsophagite sévère en muqueuse de type glandulaire gastrique. Cela explique qu'il dégénère sous la forme d'un adénocarcinome ;
* le diagnostic est parfois évoqué devant une symptomatologie classique. Il doit être dépisté par des biopsies systématiques de tout endobrachyoesophage ;
* le diagnostic différentiel avec un cancer du cardia envahissant le bas œsophage est parfois difficile à établir.

b) Formes anatomopathologiques

–Macroscopiques :
* il s'agit le plus souvent d'une forme infiltrante. Les tumeurs ulcérovégétantes ou bourgeonnantes sont plus rares.
–Microscopiques :
* carcinome épidermoïde (90 %) plus ou moins différencié ;
* adénocarcinome (5 à 10 %) : sur endobrachyoesophage, donc du tiers inférieur de l'œsophage ; exceptionnellement plus haut sur métaplasie de muqueuse gastrique.

c) Formes compliquées

–Hémorragies :
Le saignement est plus volontiers occulte avec anémie hyposidérémique. Hématémèse et melæna sont possibles ;
* une hémorragie digestive foudroyante témoigne d'une fistule aorto-œsophagienne.
– Fistule oeso-trachéale :
* elle se manifeste par une toux ou une dyspnée aiguë à chaque ingestion alimentaire. Les infections pulmonaires sont fréquentes. Le diagnostic revient au transit aux hydrosolubles (baryte contre-indiquée en cas de suspicion de fistule) et aux fibroscopies œsophagienne et bronchique.

3. Classification

Au terme du bilan, une classification du cancer est possible.

– Selon la localisation :

- Œsophage **cervical** : du bord inférieur du cartilage cricoïde à l'entrée dans le thorax, vers 19 cm des arcades dentaires.
- Œsophage thoracique - **tiers supérieur** : de l'orifice supérieur du thorax à la bifurcation trachéale, de 19 à 25 cm des arcades dentaires
- Œsophage thoracique - **tiers moyen** : sous la bifurcation trachéale, de 25 à 32 cm des arcades dentaires
- Œsophage thoracique et abdominal - **tiers inférieur** : de 32 à 40 cm des arcades dentaires

-Selon le TNM- UICC 2002 :

T - Tumeur primitive
T0 Pas de signe de tumeur primitive
Tis Carcinome in situ
T1 Tumeur envahissant la lamina propria ou la sous-muqueuse
T2 Tumeur envahissant la musculeuse propre
T3 Tumeur envahissant l'adventice
T4 Tumeur envahissant les structures adjacentes
N - Adénopathies régionales
Nx Ganglions non évalués ou moins de 6 ganglions disponibles
N0 Pas de signe d'atteinte des ganglions régionaux
N1Métastases ganglionnaires régionales
Œsophage cervical : ganglions cervicaux, jugulaires internes, péri-œsophagiens et sus claviculaires
Œsophage thoracique : ganglions péri-œsophagiens, subcarinaires, médiastinaux et péri gastriques
M-Métastases à distance
M0 Pas de métastase à distance
M1 Présence de métastase(s) à distance
M1a : Adénopathies cœliaques d'un cancer du tiers inférieur de l'œsophage
Adénopathies cervicales d'un cancer du tiers supérieur de l'œsophage
M1b: Autres métastases

– Selon le stade

Stade 0	pTis N0M0
Stade I	pT1 N0 M0
Stade II A	pT2-T3 N0M0
Stade II B	pT1-T2 N1M0
Stade III	pT3N1 ou pT4 tous N M0
Stade IV	tous T N M1
Stade IV A	tous T tous N M1a
Stade IV B	tous T tous N M1b

E/ Évolution et pronostic

1. Évolution

a) Cancer superficiel de l'œsophage

– Il s'agit d'un cancer intramuqueux, c'est-à-dire que l'on peut diagnostiquer précocement. Ces formes sont rares :
* la fibroscopie oeso-gastro-duodénale ne rentrant pas dans les examens courants de dépistage comme au Japon ;
* la surveillance des sujets à haut risque étant souvent négligée.

– La fibroscopie recherche une ulcération ou une simple zone de muqueuse anormale.
– Les colorants (bleu de toluidine, lugol) prennent ici toute leur importance. Ils guident les biopsies, qui doivent être multiples et pratiquées à chaque anomalie.
– Le TOGD est le plus souvent normal ou visualise une ulcération ou une rigidité localisée.
– L'échoendoscopie précise l'atteinte en profondeur.

b) Extension néoplasique transversale et longitudinale

– Le cancer superficiel évolue en infiltrant les différentes couches pariétales, puis en envahissant l'atmosphère cellulolymphatique péri œsophagienne et les organes de voisinage.
– L'extension en hauteur peut être sous-muqueuse et ne pas être visible à l'endoscopie (résurgence sous-muqueuse).

2. Pronostic

- Le pronostic du cancer de l'œsophage, tous stades confondus, est très mauvais.
- Lorsque la tumeur a pu être réséquée avec un traitement carcinologique satisfaisant, un patient sur cinq survit à cinq ans.
- La survie est de 70 % à cinq ans lors de cancers superficiels opérés. C'est redire l'intérêt de la surveillance des états précancéreux et des sujets à risque (antécédent de cancer ORL).

F/ Traitement

1. Traitement curatif chirurgical

a) Contre-indications

- Les contre-indications au traitement chirurgical curatif sont en rapport avec une non-opérabilité ou une non-extirpabilité :
  - Contre-indications relatives (terrain) : altération de l'état général avec OMS>.1, âge >75 ans, perte de poids >15 %, athérome sévère
  - Contre-indications absolues (terrain) : respiratoire (VEMS<1L/S), hépatique (cirrhose décompensée), cardiopathie sévère, infarctus récent
  - Non-extirpabilité : **T4** médiastinale avec envahissement (arbre trachéo-bronchique, récurrents, aorte), **tumeurs M1.**

b) Chirurgie carcinologique curative

– Œsophagectomie subtotale :
* oesophagectomie avec conservation des deux ou trois premiers centimètres pour pouvoir faire l'anastomose supérieure, avec exérèse de l'atmosphère cellulolymphatique péri œsophagienne (médiastinectomie postérieure) et curage coronaire stomachique.

– Rétablissement de la continuité digestive : oesophagoplastie :
* habituellement, elle se fait par la confection d'un tube gastrique que l'on anastomose au niveau du cou à l'œsophage. L'exérèse de l'œsophage emmenant les nerfs vagues, il faut faire une pyloroplastie ;
* le rétablissement est également possible par une coloplastie ou une anse jéjunale en Y.

– Voies d'abord :
* l'intervention peut être menée par :

. Laparotomie et thoracotomie droite : l'anastomose est alors faite au sommet du thorax (intervention de Lewis-Santy),

-thoracotomie droite, laparotomie et cervicotomie (intervention d'Akiyama) : l'anastomose est cervicale,
-laparotomie et cervicotomie (oesophagectomie sans thoracotomie, *blunt dissection*) : l'anastomose est cervicale. Cette intervention a l'inconvénient de ne pas assurer une médiastinectomie aussi large que possible. Ses meilleures indications sont les cancers de l'œsophage inférieur ;

– Cas particuliers :
* les cancers de l'œsophage cervical, qui atteignent la bouche œsophagienne, et les cancers de l'œsophage associés à un cancer ORL peuvent justifier d'une pharyngolaryngectomie avec oesophagectomie totale. La plastie est anastomosée au pharynx.

c) Préparation

– Cette intervention nécessite une renutrition préopératoire en cas de dénutrition importante et une kinésithérapie respiratoire.
– La mortalité opératoire est de 5 à 10 % selon les équipes.
– Les complications postopératoires les plus fréquentes sont la fistule anastomotique et les complications pleuro-pulmonaires.

d) Traitement adjuvant

– L'association radiochimiothérapie semble augmenter la résécabilité, voire la survie des cancers de l'œsophage (en pré- ou postopératoire, voire les deux).
– Le bénéfice de la radiochimiothérapie, ainsi que sa place dans le traitement sont en cours d'évaluation. Elle ne se conçoit qu'en centre spécialisé dans le cadre de protocoles.
– La chimiothérapie ou la radiothérapie, utilisées seules, n'ont pas d'indication dans le traitement curatif du cancer de l'œsophage.

e) Surveillance après traitement curatif

– Sevrage alcoolo-tabagique
– Examen clinique tous les 3 à 6 mois pendant 3 ans, avec examen ORL+++
– Examens paracliniques : endoscopie, scanner de contrôle sont guidés par la clinique sans recommandation spécifique.

2. Traitements palliatifs

a) Endoscopiques

– Prothèses plastiques :
* indiquée en cas de cancer sténosant inopérable ;
* elle peut se compliquer d'obstruction par des débris alimentaires, de déplacement secondaire, de perforation œsophagienne ou d'hémorragie. Elle entraîne un reflux gastro-œsophagien.

– Prothèse expansive :
* une fois mise en place au niveau de la sténose tumorale, la prothèse va se détendre et repousser les parois de l'œsophage.

– Électrocoagulation :
* après dilatation de la sténose tumorale, une sonde d'électrocoagulation est passée, et la partie intraluminale de la tumeur est détruite par électrocoagulation.

– Laser : Nd Yag ou Argon :
* après dilatation, la partie intraluminale de la tumeur est vaporisée par l'énergie du laser.

b) Chirurgie palliative

– Gastrostomie n'est quasiment plus pratiquée.

c) Radiochimiothérapie

– Elle présente de bons résultats (tumeurs non résécables non opérables).

d) Soins palliatifs de confort et traitement symptomatique.

POINTS ESSENTIELS !
• Le cancer de l'œsophage représente plus de 80 % de l'ensemble des tumeurs de l'œsophage. • Le diagnostic repose sur la fibroscopie œsogastroduodénale avec biopsies, qui doit être systématique devant toute dysphagie. • Le cancer de l'œsophage représente 5 à 10 % des cancers digestifs. • Il est plus fréquent en France chez l'homme. • L'intoxication alcoolotabagique est le facteur favorisant le plus important. • Dans 15 % des cas, il est associé à un cancer ORL. • Son pronostic est effroyable = moins de 5 % de survie à 5 ans tous stades confondus.